

.....  
imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

..... 20..... r.

.....  
adres zamieszkania

.....

**Dyrektor**  
**Szkoły Podstawowej im. Małgorzaty Sulek**  
**w Drużynach**

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach  
edukacji zdrowotnej  
(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Oświadczam, że syn/córka\* ..... uczeń/uczennica\*  
klasy ..... nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej  
od roku szkolnego 20...../20..... .

.....  
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\* .....  
ucznia/uczennicy\* klasy ..... Szkoły Podstawowej im. Małgorzaty Sulek  
w Drużynach z zajęć edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku  
obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji.  
Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki\*  
poza terenem szkoły w tym czasie.

.....  
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*- niepotrzebne skreślić

**Uwaga!** Deklaracja jest ważna na cały okres nauki w szkole. W przypadku odstąpienia rodzica  
od rezygnacji należy złożyć pisemne oświadczenie w tej sprawie.